

Varón de 80 años con fiebre, pústula inflamatoria costrosa y exantema pápulo-nodular

J. Gutiérrez de la Peña, A. Montis Suau, C. Marqués Cardell

Especialistas en dermatología

Palabras clave: Fiebre botonosa mediterránea, rickettsia, garrapatas

Key words: Mediterranean boutonneuse fever, rickettsia, ticks

Acude a consulta en el mes de septiembre un varón de 80 años de edad, con antecedentes patológicos de cardiopatía y portador de un marcapasos, afecto de hipertensión arterial, hipertrofia prostática benigna y diabetes *mellitus* tipo II. Presenta carcinomas basocelulares en la cara. Desde hacía seis días aqueja fiebre alta, y se aprecia una pústula inflamatoria costrosa en el brazo izquierdo (Fig. 1) y un exantema pápulo-nodular en el tronco y en la parte proximal de las extremidades (Fig. 2). Se acompaña de un cuadro de anorexia, artralgias, pérdida de peso, intensa astenia y obnubilación. Es propietario de una finca donde cultiva verduras, y suelen ir perros por la zona. Había recibido tratamiento con Cloxacilina en cápsulas y analgésicos. Además, estaba en tratamiento por su cardiopatía y su diabetes; en el Servicio de Urgencias donde había sido atendido cuatro días antes sospecharon algún agravamiento de su cardiopatía que, revisada por el cardiólogo, fue descartada. En el análisis sanguíneo practicado se apreció neutrofilia (80%), linfopenia (9'5%) y plaquetopenia (70.000 uL). Además se detectó positividad de los anticuerpos IgG contra *Rickettsia conorii* a título de 1/160 (normal 1/40), Weil-Felix negativo, Proteus OX2, OX19 y OXK negativos y Ac IgG contra *Borrelia burgdorferi* negativos.

Estos resultados confirmaron el diagnóstico de fiebre botonosa mediterránea. El día anterior había iniciado tratamiento con Ciprofloxacino 500 mg/ 12h/ 7d, que se mantiene.

En los días sucesivos el paciente experimentó una rápida mejoría de los síntomas y de la erupción cutánea.

Introducción

A propósito del caso, característico de fiebre botonosa mediterránea, que permanecía sin diagnosticar, conviene hacer un recordatorio de las principales consecuencias de las picaduras de las garrapatas y las



Fig. 1.



Fig. 2.

enfermedades que pueden ocasionar: desde la garrapata adherida en el cuero cabelludo u otras partes del cuerpo, pasando por granulomas, adenopatías y linfocitomas consecuencia de sus picaduras, hasta el eritema crónico *migrans* y la fiebre botonosa mediterránea que originan molestias sistémicas. Esta última es endémica en Mallorca, y debemos considerar su diagnóstico ante la triada característica de fiebre alta, la mancha negra y exantema pápulo-nodular.

Las epizoonosis son enfermedades cutáneas producidas por parásitos externos de los animales (ectoparásitos). Se incluyen las pediculosis o piojos, los chinches, las pulgas, los himenópteros, los dípteros, las arañas, y por supuesto los ácaros. Las garrapatas son ácaros de gran tamaño y se alimentan de sangre. Existen dos tipos de garrapatas: las argásidas o garrapatas de cuerpo blando y las ixódidas o garrapatas de cuerpo duro. Suelen transmitir agentes infecciosos del tipo *Rickettsia*.

Las garrapatas viven en los campos y en las áreas forestales. Los huevos pasan por los estados evolutivos de larva y ninfa, y en un proceso de varios meses se transforman en adultos machos o hembras de unos 3-4 mm de tamaño. Éstos intentan caer y adherirse a los animales salvajes pequeños, a los animales domésticos como los cerdos o los perros, o al hombre. Inicialmente sus picaduras pueden pasar desapercibidas por la acción de las sustancias anestésicas y anticoagulantes que estos ácaros secretan por la boca, o hipostoma, que en forma de gancho les permite adherirse a la piel del huésped. Así chupan la sangre durante varios días, y pueden intercambiar bacterias y virus con él. Después de saciarse, la garrapata retira sus dientes y se desprende del huésped¹. Pero también producen enfermedades graves por secreción de neurotoxinas, como el caso de una niña 6 años de edad, previamente sana, que inició su cuadro clínico con parestesias en las manos, a las seis horas nota pérdida de fuerza, a las 24 horas parálisis de las extremidades, a las 48 horas letargia e hipoventilación, por lo que se prepara monitorización en la UCI con un diagnóstico de presunción de síndrome de Guillain-Barré, cuando un sagaz médico residente encuentra una garrapata adherida en su cuero cabelludo. A las 6 horas de extraer la garrapata *Dermacentor variabilis* se inicia la resolución de la letargia y demás síntomas neurológicos y en 48 horas se produce la curación completa².

Fiebre botonosa mediterránea

La fiebre botonosa mediterránea es una enfermedad infecciosa aguda, que pertenece al grupo de las rickettsiosis humanas. Es endémica en el área mediterránea, transmitida por la picadura de la garrapata del perro (*Rhipicephalus sanguineus*).

Conocida desde 1910, la enfermedad fue descrita por Conor y Bruch, En nuestro país se ha venido observando un aumento de la incidencia en las dos últimas décadas que se ha correlacionado con altas temperaturas y bajo nivel de precipitaciones. En los últimos años, se describen casos esporádicos en áreas geográficas no endémicas³.

Esta infección se debe a la *Rickettsia conorii*, parásito Gram negativo intracelular obligado, endémico en el área mediterránea en los meses de verano. El reservorio son los perros parasitados por la garrapata *Rhipicephalus sanguineus*

La triada clínica clásica es de fiebre alta, la mancha

negra y exantema pápulo-nodular de tendencia centrípeta. La inoculación cutánea ocasiona vasculitis generalizada con afectación de la íntima y media vascular e infiltración perivascular de polimorfonucleares neutrófilos, de linfocitos y de histiocitos. Hoy se conoce que la lesión endotelial rompería la unidad endotelio-plaquetaria, con activación de las plaquetas, aumento de tromboxano A2 y liberación de endotelina. Esto explicaría las complicaciones cardiovasculares que se describen en adultos⁴

El diagnóstico diferencial es con las demás rickettsiosis como la fiebre manchada de las Montañas Rocosas, endémica en los Estados Unidos de América, el tifus murino, el tifus epidémico exantemático, el tifus de Queensland, la fiebre quintana o de las trincheras y la fiebre Q. El tratamiento más habitual es con Doxiciclina 100 mg/12h/8días y también es eficaz el Ciprofloxacino a dosis de 500 mg/12h/8días.

Picaduras de garrapata en Mallorca

Repasaremos las afecciones que más frecuentemente se presentan en la isla de Mallorca. Los dos tipos principales de garrapatas Argásidas o garrapata de cuerpo blando e Ixódidas o garrapatas de cuerpo duro, pueden permanecer adheridas al cuero cabelludo u otras partes del cuerpo, succionando sangre, y pueden pasar desapercibidas al inocular una sustancia anestésica (fig. 3). Pueden ocasionar nódulos eritemato-costrosos pequeños o granulomas pruriginosos (fig. 4), que si afectan al cuero cabelludo se acompañan de características adenopatías cervicales, que una vez curadas causan alopecia cicatricial, por la que en ocasiones se sospecha la picadura de la garrapata. Como consecuencia de permanecer adheridas y una vez desprendidas, hemos observado linfocitomas cutis, nódulos eritematosos duros, que al ser extirpados y en el examen microscópico muestran gran acumulo de linfocitos con aspecto de pseudolinfoma. Ocurre con mayor frecuencia en cazadores o personas que pasan mucho tiempo en ámbitos rurales.

El tratamiento consiste en no arrancar la garrapata, que está muy adherida, pues se rompe y puede permanecer el hipostoma u órgano chupador incrustado, lo que favorecería la formación de un granuloma a cuerpo extraño o de un linfocitoma, en el intento de las células inflamatorias de fagocitar los restos del parásito.

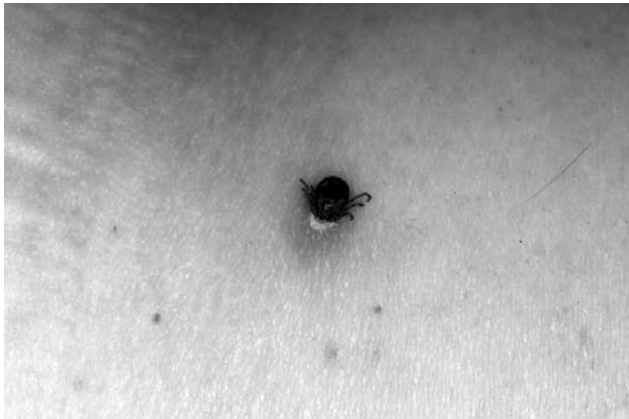


Fig. 3.

Debemos intentar adormecer o matar a la garrapata para que se relaje y pueda ser extraída fácilmente. Esto puede conseguirse aplicándole cloroformo, un insecticida, un clavo caliente, o cubrirlas completamente con aceite, glicerina, vaselina o pegamento, y al verse en situación de peligro o de asfixia pueden desprenderse por sí solas. Si fracasamos lo mejor es aplicar al paciente anestesia local y extirpar quirúrgicamente la zona de piel con la garrapata incrustada.

Eritema crónico migrans

Otra patología que observamos de forma esporádica en Mallorca es el eritema crónico migratorio. Su etiología es debida a la rickettsia *Borrelia burgdorferi* transmitida por las garrapatas del género *Ixodes*, tales como *I. ricinus*, *I. persulcatus*, *I. dammini* e *I. pacificus*. Aquí la más frecuente es la *I. ricinus* o garrapata de las ovejas, que son portadoras de las borrelias en su intestino medio. En Norteamérica se conoce como enfermedad de Lyme

Ocasiona una pápula inflamatoria en el área de la picadura con una intensa reacción eritemato-edematosa anular que se extiende centrífugamente. Puede acompañarse de síntomas subjetivos como febrícula, cefalea y malestar general.

El tratamiento es con Doxiciclina 200 mg/día, durante ocho días.

Conclusiones

Una vez repasados las características clínicas, las pruebas de laboratorio y el tratamiento de esta patología infecciosa, donde las garrapatas actúan como



Fig. 4.

vectores de gérmenes patógenos o de rickettsias, destacamos para concluir su buena respuesta al tratamiento antibiótico, una vez establecido el correcto diagnóstico, y que el médico debe tener presente que se trata de procesos muchas veces endémicos en el Mediterráneo y en las Islas Baleares.

Bibliografía

- 1 Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, and Winkelmann RK. Epizoonosis. Dermatología. Springer-Verlag Ibérica Ed. Barcelona 1995;254-267.
- 2 Felz MV, Smith CD et al. A six-year old girl with tick paralysis. New England J Med. 2000;290:90-94.
3. Raoult D, Roux V. Rickettsioses as Paradigms of New or Emerging Infectious Diseases. Clinical Microbiology Reviews. Oct. 1997, 694-719.
4. Schuller A. Fiebre botonosa mediterránea. An Med Interna (Madrid) 1997;14:325-327.
5. Asbrink E, Hederstedt B, Hovmark B. The spirochetal etiology of erythema cronicum migrans Afzelius. Acta Derm Venereol (Stockh 1984);64:291-295.